



AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA CANNIZZARO DI CATANIA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2014

articolo 10, comma 1, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150

ADOTTATA CON DELIBERAZIONE N. 2113/DG DEL 13/05/2015

INDICE

<i>Premessa</i>	3
<i>Le informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni</i>	5
<i>Gli obiettivi del piano della performance</i>	6
<i>I risultati – La performance organizzativa</i>	8
<i>I risultati – La performance individuale</i>	19
<i>Il processo di redazione della Relazione sulla performance</i>	22

Premessa

Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro è tenuta a redigere annualmente una “*Relazione sulla performance*” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse.

Il *Piano della performance 2014-2016* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania è stato adottato con deliberazione n. 262/CS del 31/01/2014 ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 con l'obiettivo di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance; il Piano è stato successivamente integrato con deliberazione n. 2878/CS del 5/09/2014 in seguito all'assegnazione, nel mese di luglio, degli obiettivi da parte dell'Assessorato della Salute e dell'Age.na.s. alle Aziende Sanitarie Siciliane.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del già citato decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura operante nell'Azienda.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del decreto). Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e *target*) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Ai fini della valutazione organizzativa, l'Azienda utilizza il processo di budgeting come momento di traduzione dei programmi definiti nel Piano in obiettivi specifici di ogni singola struttura correlati alle cosiddette “variabili controllabili” del sistema aziendale, quelle cioè che il destinatario del processo (dirigente responsabile di struttura) riesce a controllare e sulle quali, pertanto, egli può incidere.

In sede di negoziazione di budget è stato richiesto a tutti i professionisti che operano all'interno dell'Azienda di assumere un ruolo attivo e propositivo, tenendo conto anche degli aspetti gestionali, puntando sull'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali in grado di rispondere ai bisogni di salute, dedicando attenzione all'incremento della qualità complessiva del servizio reso agli utenti e cercando di ottimizzare l'uso delle risorse per poter realizzare più convenientemente i programmi di sviluppo proposti.

Le informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

Il già citato *Piano della performance 2014-2016* dell'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro di Catania contiene all'interno della Sezione 2 la descrizione dell'Azienda in termini di competenze presenti, delle attività che in essa si svolgono, della tipologia di prestazioni erogate, delle modalità di sviluppo dell'azione aziendale nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

Lo stesso documento descrive le risorse strumentali, economiche ed umane di cui dispone l'Azienda e che ne permettono l'azione. Inoltre, una opportuna sezione denominata Analisi S.W.O.T. individua i punti di forza e di debolezza, le opportunità e le minacce che caratterizzano il contesto interno della Azienda nonché quello esterno nel quale la stessa si trova ad operare.

Gli obiettivi del piano della performance

I riferimenti per la individuazione degli obiettivi relativi alla performance organizzativa per l'anno 2014 sono rappresentati da:

- Decreto Assessorato Regionale della Salute 26 settembre 2011 “Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.R.”.
- Decreto Assessorato Regionale della Salute 30 giugno 2011 “Piano regionale per il governo dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013”.
- Legge 7 agosto 2012 n. 135 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” .
- Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”
- Obiettivi 2014-2015 delle Aziende Sanitarie Siciliane – Luglio 2014.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Assessorato Regionale della Salute 31 dicembre 2013 “Modifiche ed integrazioni al decreto assessoriale 17 maggio 2013, concernente criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriately e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in day service”.

La figura seguente mostra lo sviluppo degli obiettivi secondo quanto descritto attraverso l'*albero della performance* presentato nel Piano della Performance 2014-2016.



I risultati – La performance organizzativa

La presente Relazione evidenzia, a consuntivo, per l'anno 2014, i risultati raggiunti in termini di performance organizzativa rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

L'analisi dei risultati è condotta con riferimento a ciascuna delle Aree Strategiche individuate.

Area Strategica 1: PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

Prevede la redazione del documento di sintesi del Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2014 e l'anno 2015 in linea con le indicazioni relative alle priorità evidenziate dal Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) e dai LEA integrate dalle azioni non concluse nel 2013.

All'interno di tale Area è stato individuato l'obiettivo strategico **“Definizione obiettivi strategici aziendali”** e gli obiettivi operativi di seguito descritti.

o Obiettivo operativo 1.1.1: Redazione e approvazione del Piano Attuativo Aziendale

Il documento di sintesi del PAI è stato predisposto, condiviso dai Commissari Straordinari ed inviato in Assessorato dall'ASP di Catania con nota prot. n. 34610/Gen del 21/03/2014. Il Piano è stato approvato dall'Assessorato con nota prot. n. 44525 del 3/06/2014. Successivamente l'ASP di Catania ha adottato il PAI con delibera n. 923 del 14/11/2014 e lo ha notificato all'Assessorato e alla Conferenza dei Sindaci c/o Comune di Catania per l'acquisizione del previsto parere obbligatorio.

o Obiettivo operativo 1.1.2: Realizzazione delle azioni previste dal P.A.A.

Relativamente ai capitoli del Piano per i quali l'Azienda è pienamente coinvolta, gli obiettivi indicati nel capitolo 9 “Neuroscienze” sono stati pienamente raggiunti. Per ciò che concerne il capitolo 10 “Gestione del politraumatizzato” l'Azienda ha svolto una decisa attività nei confronti del personale con l'organizzazione di corsi per la defibrillazione precoce ma rimangono

problematicità correlate al reperimento delle risorse per la formazione dei corsi ATLS per gli operatori sanitari del bacino.

Area Strategica 2: GOVERNO CLINICO

Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

All'interno di tale Area sono stati individuati tre obiettivi strategici per ciascuno dei quali si riportano gli obiettivi operativi e i risultati attesi individuati ed assegnati alle Strutture dell'Azienda.

Il primo obiettivo strategico è “**Accessibilità e fruibilità dei servizi**” all'interno del quale l'obiettivo operativo individuato è:

o Obiettivo operativo 2.1.1: Riduzione dei tempi di attesa critici per l'espletamento delle prestazioni e la consegna dei referti alle U.O. dell'Azienda

L'obiettivo prevedeva il miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali di diagnostica strumentale sia in termini di tempi di attesa per l'espletamento delle stesse che in termini di tempi di refertazione.

Le Unità Operative di Diagnostica per immagini e Neuroradiologia, alle quali è stato assegnato questo obiettivo, hanno operato rispettando i rispettivi target temporali. L'Unità Operativa di Anatomia patologica, in quest'ottica, ha provveduto alla informatizzazione in rete del servizio con la possibilità di visualizzare i risultati degli esami. L'Unità Operativa di Audiologia e foniatria, per ciò che concerne i tempi di attesa per l'espletamento delle prestazioni (<30 giorni), ha pienamente raggiunto l'obiettivo assegnato (23 giorni). L'Unità Operativa di Radioterapia aveva come obiettivo quello di contenere a meno di 60 giorni il tempo medio intercorrente tra la visita iniziale e l'inizio del trattamento per quanto riguarda la Radioterapia adiuvante postoperatoria e a meno di 30 giorni per quanto riguarda la Radioterapia curativa, palliativa/sintomatica, adiuvante preoperatoria. Nel primo caso il trattamento è iniziato dopo un tempo medio di attesa di 19 giorni e nel secondo caso dopo un tempo medio di attesa di 13 giorni.

Il secondo obiettivo strategico è “**Appropriatezza**” all’interno del quale sono individuati i seguenti tre obiettivi operativi:

o **Obiettivo operativo 2.2.1: Abbattimento del numero di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza**

L’Azienda, nel corso degli ultimi anni, ha posto particolare attenzione, nell’attribuzione degli obiettivi operativi annuali alle Strutture della stessa, a sottolineare la necessità del contenimento del numero di ricoveri che potessero dar luogo a DRG inappropriati. In particolare, per l’anno 2014, l’obiettivo assegnato alle Unità Operative ha riguardato il rispetto del decreto Assessoriale 31/12/2013 allegato A. A consuntivo dell’anno 2014 l’Azienda ha mostrato un evidente miglioramento rispetto all’anno precedente in termini di riduzione di DRG a rischio di inappropriatezza erogati e di conseguente importo economico abbattuto.

o **Obiettivo operativo 2.2.2: Contenimento del numero di ricoveri di un giorno erogati in regime ordinario**

Questo obiettivo è stato assegnato con l’intento di ridurre l’eventuale inappropriatezza di un ricovero in regime ordinario di un solo giorno che potrebbe essere meglio erogato in un diverso regime di ricovero. L’obiettivo del contenimento di tali ricoveri al di sotto del 5% del totale è stato assegnato alla Chirurgia generale (ex urgenza) che ha raggiunto il valore del 7%.

o **Obiettivo operativo 2.2.3: Rispetto dei valori per i tradizionali indicatori di utilizzo**

Il target regionale prevede, per ciò che concerne il tasso di occupazione dei posti letto relativi a ricoveri in regime ordinario, un valore al di sopra dell’80%. Le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, Chirurgia toracica e Senologia hanno pienamente raggiunto l’obiettivo, la Nefrologia ha raggiunto un valore pari al 77%.

Per ciò che concerne il contenimento dei tempi di degenza media, l’Unità Spinale Unipolare ha avuto assegnato l’obiettivo con particolare riferimento ai tempi di degenza per pazienti tetraplegici e paraplegici ed i valori riscontrati risultano allineati ai valori nazionali ovvero inferiori a 4 mesi per i paraplegici e 12 mesi per i tetraplegici.

Il terzo obiettivo strategico è “**Informazione e comunicazione**” all’interno del quale sono individuati i seguenti due obiettivi operativi:

o **Obiettivo operativo 2.3.1: Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi**

L’obiettivo mira al rispetto della direttiva flussi informativi (decreto nr. 1174/08 del 30/05/2008 e s.m.i) compresi i flussi di nuova istituzione nei confronti dell’Assessorato. Tutte le Unità Operative alle quali l’obiettivo è stato assegnato (Direzione medica di presidio, Farmacia, Settore Economico Finanziario e Patrimoniale, Settore Provveditorato, Settore Risorse Umane) hanno rispettato i tempi previsti dalla normativa.

Per ciò che concerne i tempi di caricamento delle SDO, già da alcuni anni l’Azienda opera responsabilizzando le Unità operative. Pertanto, a tutte le Unità Operative che erogano prestazioni di ricovero in regime di degenza ordinaria è stato assegnato l’obiettivo di contenere entro i 10 giorni i tempi intercorrenti tra la dimissione degli assistiti e la registrazione informatizzata della SDO, ovvero la consegna alla Direzione Sanitaria mentre a tutte le Unità Operative che erogano prestazioni di ricovero in regime diurno è stato assegnato l’obiettivo di chiusura delle SDO annue entro il 15 gennaio dell’anno successivo.

Per ciò che concerne i ricoveri in regime ordinario, le Unità Operative hanno impiegato in genere un numero di giorni notevolmente superiore a quanto previsto dall’obiettivo per la registrazione della SDO.

Per ciò che concerne i ricoveri diurni, le Unità Operative alle quali era stato assegnato l’obiettivo hanno rispettato i tempi previsti.

o **Obiettivo operativo 2.3.2: Valutazione e monitoraggio del sistema di ristorazione ospedaliera**

L’Unità Operativa di Scienza dell’alimentazione e dietetica, sulla base degli obiettivi assegnati, ha provveduto alla predisposizione e somministrazione di questionari e verifica dei

risultati in merito al sistema di ristorazione ospedaliera e ha svolto l'attività di sorveglianza nutrizionale relativamente al monitoraggio degli "scarti" e alla eventuale prevalenza dei "digiuni" in degenti dell'area critica.

Area Strategica 3: ESITI

Prevede l'adozione di misure volte ad ottenere appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 65, all'incidenza dei parti cesarei primari, alla PTCA, ove necessita, in caso di infarto miocardico acuto e alla colecistectomia laparoscopica.

All'interno dell'area è stato individuato l'obiettivo strategico **“Appropriatezza dei percorsi assistenziali – esiti”** ed i seguenti obiettivi operativi:

o Obiettivo strategico 3.1.1: Tempestività interventi a seguito frattura femore

L'obiettivo, assegnato all'Unità operativa di Ortopedia, mira ad assicurare, nel più breve tempo possibile, ovvero entro le 24 ore dall'ingresso in ospedale, il trattamento chirurgico in seguito a frattura del femore a pazienti al di sopra dei 65 anni. Il valore minimo posto dall'assessorato è pari al 40%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa è stato pari al 44,7%.

o Obiettivo strategico 3.1.2: Riduzione incidenza parti cesarei

L'obiettivo, assegnato all'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, mira a ridurre l'incidenza dei parti cesarei facendo riferimento a quelli primari. L'obiettivo posto dall'Assessorato si intendeva raggiunto se l'incidenza non superava il 20%. Il valore raggiunto dall'Unità Operativa è stato pari al 19,6%.

o Obiettivo strategico 3.1.3: Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA STEMI

L'obiettivo concernente la percentuale di PTCA a seguito di episodi di IMA ST-elevation prevedeva un valore minimo posto dall'Assessorato pari al 74,2% mentre il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Cardiologia è stato pari al 79,6%.

o Obiettivo strategico 3.1.4: Colecistectomia laparoscopica per calcolosi della colecisti nei casi non complicati

L'obiettivo riguarda la percentuale di colecistectomia laparoscopica con degenza entro tre giorni rispetto al totale di colecistectomia laparoscopica. Il valore obiettivo posto dall'Assessorato era pari al 50% ed il valore raggiunto dall'Unità Operativa di Chirurgia generale (ex urgenza) è stato pari a 84,6%.

Area Strategica 4: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO ED ATTIVITA' GESTIONALI

Prevede varie attività che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico.

All'interno dell'area strategica è individuato l'obiettivo strategico **“Individuazione attività gestionali strategiche”** ed i seguenti obiettivi operativi:

o **Obiettivo operativo 4.1.1: Gestione autonoma dei nuovi flussi**

Il progetto di autosufficienza per la gestione autonoma dei nuovi flussi è stato trasmesso all'Assessorato regionale della salute con nota prot. n. 32726 del 29/12/2014.

o **Obiettivo operativo 4.1.2: La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino**

L'obiettivo è stato assegnato alla Direzione medica di presidio. Nel corso dell'anno 2014 l'Azienda ha provveduto alla valutazione di tutte le aree di ricovero della propria Struttura utilizzando a riguardo le indicazioni fornite da AgeNas.

o **Obiettivo operativo 4.1.3: Miglioramento dell'utilizzo di DH e Day Service in regime di appropriatezza**

L'obiettivo assegnato all'Azienda prevedeva che, per l'anno 2014, ci fosse una riduzione pari al 5% del numero di ricoveri in regime diurno rispetto all'anno 2013. L'azienda ha pienamente raggiunto l'obiettivo in quanto il decremento è stato pari ad oltre il 25% ed è stato pienamente perseguito da tutte le Unità Operative alle quali è stato assegnato, ad eccezione della Medicina che ha registrato un incremento pari al 7%.

Lo stesso obiettivo regionale prevedeva un incremento del numero di prestazioni in Day Service pari al 30% alla fine dell'anno 2015 rispetto al valore dell'anno 2013. Tale obiettivo, già assegnato anche per l'anno 2014 alle Unità Operative dell'Azienda, è stato già pienamente raggiunto.

o **Obiettivo operativo 4.1.4: Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita**

L'Unità Operativa complessa di Neonatologia ha formalizzato, di concerto con la Direzione medica di presidio, il documento con la definizione dei criteri di elezione per il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale e Patologia Neonatale. Inoltre, è stato elaborato il report di monitoraggio in esecuzione di tale procedura contenente risultati relativi al quarto trimestre. La percentuale di neonati dimessi direttamente dalla Terapia Intensiva Neonatale rispetto al totale dei dimessi dalla stessa e dalla Neonatologia risulta all'interno del valore obiettivo indicato dall'Assessorato (15%).

o Obiettivo operativo 4.1.5: Redazione conforme e omogenea dei modelli LA 2014 e 2015

In relazione all'obiettivo per il quale sono state indicate due tappe, il 31/07/2015 e il 29/02/2016, l'Azienda ha predisposto il modello LA secondo le indicazioni fornite nell'ambito del "Progetto di miglioramento nella predisposizione dei modelli LA da parte delle aziende del SSR". Il modello è stato valutato completo in ogni sua parte, sia in relazione ai diversi livelli di assistenza che ai diversi costi sostenuti e coerente con i flussi informativi trasmessi.

o Obiettivo operativo 4.1.6: Utilizzo risorse PO-FESR

Per quanto riguarda il Settore Tecnico, l'obiettivo ad esso assegnato prevedeva la trasmissione delle fatture quietanzate nella data indicata propedeutica alla certificazione. Tale Settore ha trasmesso al Servizio 3 del Dipartimento della Pianificazione Strategica dell'assessorato della Salute tutte le fatture entro i termini stabiliti dai target di spesa assegnati.

o Obiettivo operativo 4.1.7: Contenimento della spesa

Il Settore Tecnico ha provveduto alla stipula di contratti afferenti acquisizioni di servizi con uno sconto di almeno il 5% dell'importo dell'affidamento. Il Settore Provveditorato ha partecipato a gare di bacino e/o consorziate e ha preso atto delle risultanze di gara e quindi dei contratti discendenti da procedure espletate da altre aziende.

Il Settore Gestione risorse umane, sviluppo organizzativo e relazioni sindacali, così come imposto dalla normativa assessoriale, tenuto conto dei pensionamenti, ha conferito incarichi a tempo determinato esclusivamente per il reclutamento di figure professionali di particolare rilevanza al fine di garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

o Obiettivo operativo 4.1.8: Libera professione intramuraria

Il Settore Economico Finanziario e Patrimoniale si è occupato di impartire informative al fine del rispetto delle linee guida impartite con D.A. nr. 337/2014 del 7/3/2014 per ciò che concerne la necessità di assicurare l'equilibrio fra le prestazioni rese in regime istituzionale e in regime ALPI, il divieto di svolgere prestazioni in ambito ALPI non contemplate dai LEA, il rispetto dei limiti dell'esercizio dell'ALPI (aspettativa, permessi retribuiti, congedi parentali o a tutela della

maternità,...). Lo stesso Settore ha inoltre provveduto alla predisposizione del bilancio di previsione 2015 ed all'inoltro all'Assessorato nei termini prescritti.

ALTRI OBIETTIVI NON INCLUSI NEL PIANO DELLA PERFORMANCE

La Direzione Aziendale, nella fase di contrattazione degli obiettivi di budget con le Unità Operative, ha attribuito alle stesse altri obiettivi che non erano stati previsti nel Piano della Performance e che sono di seguito descritti insieme con i risultati ottenuti.

Obiettivi assegnati al settore Affari Legali e contenzioso

- ✓ **Istruttoria e predisposizione operativa delle pratiche di risarcimento danni, per l'inserimento dei relativi crediti dell'Azienda, nascenti dalle polizze assicurative, nello stato passivo della procedura di liquidazione coatta amministrativa della Compagnia Faro**

Il Servizio Legale e contenzioso ha provveduto alla predisposizione di tutti gli atti necessari al raggiungimento dell'obiettivo in esame.

- ✓ **Procedura di definizione in via transattiva del contenzioso con la Società Farmafactoring e riduzione dell'esposizione debitoria dell'Azienda**

Il Servizio Legale e contenzioso, in relazione ai decreti ingiuntivi dal 2009 al 2013 ha introitato presso il Tribunale di Milano giudizi di opposizione alcuni dei quali sono stati già definiti transattivamente ed altri sono ancora in fase di transazione. Nelle more è stato avviato un percorso volto alla definizione transattiva dell'intero contenzioso.

- ✓ **Attività di studio e redazione di un regolamento per la disciplina della c.d. "autoassicurazione", a seguito del recesso della polizza RCT/O e conseguente scopertura dal 1/7/2014. Istituzione dell'Ufficio per la gestione diretta dei sinistri aziendali, in correlazione all'attività del CAVS, in ottemperanza alle disposizioni assessoriali**

All'interno del Servizio Legale e contenzioso, con delibera n. 2907/CS del 9/9/2014 è stato istituito l'Ufficio gestione diretta sinistri da RCT/O" che opera in piena sinergia con il CAVS aziendale. E' stato adottato, con delibera n 2994/CS del 18/9/2014 un regolamento per la gestione dei sinistri da RCT/O.

Obiettivi assegnati alla Farmacia:

- ✓ **Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (prodotti farmaceutici, presidi e dispositivi medici): monitoraggio delle risorse negoziate annualmente**

Il Servizio di Farmacia ha perseguito l'obiettivo del contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'analisi storica degli acquisti, il calcolo del reale fabbisogno delle strutture, il monitoraggio dell'andamento della spesa rispetto alle quote assegnate ai singoli centri, le analisi degli scostamenti e l'eventuale rinegoziazione delle proposte di acquisto formulate dalle stesse strutture.

- ✓ **Controllo del carico delle bolle relative agli acquisti effettuati: monitoraggio dello stato degli ordini legato agli acquisti**

Il Servizio di Farmacia ha monitorato il carico delle bolle sia per ciò che concerne gli acquisti diretti che per ciò che concerne gli acquisti in conto deposito, ciò al fine del controllo dello stato di evasione degli ordini per contenere la somma residuale tra l'importo ordinato e quello del materiale effettivamente consegnato.

Obiettivo assegnato all'Anatomia Patologica:

- ✓ **Miglioramento e innovazione dell'attività: incremento del 20%, rispetto all'anno 2013, delle determinazioni di genotipizzazioni di HPV per pazienti ambulatoriali**

L'Unità Operativa ha effettuato 436 prestazioni con codice 91365 (Estrazione di DNA o di RNA) e 230 prestazioni con codice 91115 (Virus acidi nucleici in material. biol. ibridazione NAS) con un incremento di oltre il 100% rispetto all'anno precedente..

Obiettivi assegnati alla Medicina trasfusionale:

- ✓ **Mantenimento del numero/peso di sacche conferite all'industria rispetto all'anno 2013: 5.997 sacche / 1.672 litri**

L'Unità Operativa ha conferito all'industria 5.991 sacche per un totale di 1.675 litri.

- ✓ **Mantenimento nell'assegnazione/distribuzione di emazie ad altre Aziende e case di cura convenzionate rispetto all'anno 2013: 1.042 emazie distribuite**

L'Unità Operativa ha raggiunto l'obiettivo in quanto ha distribuito 1.064 emazie ad altre Aziende e Case di cura convenzionate.

- ✓ **Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo al capitolo 11.6**

Tutte le azioni previste dal Piano ovvero l'attestazione della conformità del plasma ai requisiti richiesti dalla farmacopea europea e dall'industria, la correzione delle non conformità osservate dal team di valutazione in corso di verifica ispettiva e l'acquisizione del Decreto di Autorizzazione e Accreditamento, sono state pienamente realizzate nel rispetto dei tempi indicati.

Obiettivo assegnato alla Radioterapia:

- ✓ **Mantenimento del numero di prestazioni con tecniche speciali radioterapiche: 3.500 prestazioni**

L'Unità Operativa ha pienamente raggiunto l'obiettivo in quanto il numero di tecniche speciali radioterapiche è aumentato, nell'anno 2014, del 23% rispetto all'anno precedente, soprattutto per ciò che concerne la teleterapia con acceleratore lineare (prestazione con codice del nomenclatore tariffario regionale 92.24.6) che, in termini assoluti rappresenta la prestazione maggiormente eseguita.

I risultati – La performance individuale

Al fine di procedere alla valutazione delle performance individuali per l'anno 2014, è stato avviato un processo di modifica delle schede già in uso, sulla scorta delle osservazioni che negli anni sono pervenute da parte di valutatori e valutati. La Direzione Aziendale ha fatto proprie le indicazioni di modifica ed è stata distribuita una nuova scheda di valutazione tanto per la dirigenza quanto per il personale del comparto.

L'Azienda, inoltre, ha adottato una modifica al *Regolamento sul sistema di valutazione e misurazione della performance* prevedendo che la procedura di conciliazione sia attivata a seguito di formale richiesta del valutato contestualmente alla scheda di valutazione non condivisa, con motivata indicazione nell'apposito spazio della scheda denominato "Note del valutato". Tale procedura può comunque essere richiesta dal valutato entro e non oltre 30 gg. dal termine ultimo per la consegna delle schede individuali fissato ogni anno dalla Direzione.

Anche per l'anno 2014, il processo di valutazione ha previsto che i Responsabili di Strutture complesse (Valutatori di prima istanza) valutassero il personale afferente alla Struttura da loro diretta attraverso una procedura da svolgere in contraddittorio con il valutato che si conclude con la firma della scheda da parte di entrambi. E' prevista la possibilità da parte del valutato di non concordare con la valutazione ricevuta e ciò può comportare, qualora il punteggio complessivo sia inferiore al 90% del punteggio massimo teorico e il valutato ne faccia esplicita richiesta, l'avvio della procedura di conciliazione .

La nuova scheda elaborata per il personale dirigenziale prevede un'unica area tematica denominata "Area delle attitudini personali e professionali". Il numero di aspetti da analizzare è pari a 4 ovvero "Contributo ai programmi dell'Unità Operativa", "Problem solving", "Orientamento ai bisogni dell'utenza", "Disponibilità e collaborazione nel lavoro di gruppo". La scheda elaborata per l'area del comparto prevede anch'essa un'unica sezione denominata "Competenze e comportamenti

generali” composta da 5 aspetti da valutare ovvero “Adempimento di direttive e indirizzi dell’Unità Operativa”, “Responsabilità”, “Relazione con i colleghi”, “Orientamento ai bisogni dell’utenza”, “Flessibilità”.

Per ciascun aspetto analizzato, qualunque sia la tipologia della scheda, è previsto un punteggio da 1 a 5 che, per l’area della dirigenza, corrispondono, rispettivamente, ai giudizi Insoddisfacente e Ottimo. E’ prevista anche la possibilità di esprimere il giudizio NV (non valutabile) per cause dettate da disposizioni interne, notifiche del medico competente, strategie organizzative della struttura. Per ognuno degli item da valutare, in corrispondenza di ogni punteggio, è prevista una breve descrizione del giudizio che il punteggio stesso esprime.

Il processo di valutazione individuale si è concluso nei primi mesi dell’anno 2015.

I risultati di tale valutazione sono utilizzati ai fini del calcolo della corresponsione del Fondo di risultato della dirigenza e della Produttività collettiva per il comparto per l’anno 2014.

Sulla base di accordi intercorsi con le Organizzazioni Sindacali, la Direzione Aziendale è stata in grado di individuare una “fascia alta” di merito che riguarda i dipendenti che raggiungono una valutazione superiore al 90% del massimo punteggio teorico ottenibile, che nel caso della dirigenza corrisponde ad un punteggio pari a 18 e nel caso del comparto ad un punteggio pari a 23.

Per ciò che concerne i risultati della valutazione del personale del comparto, sono state valutate 1.083 schede individuali. L’esame dei punteggi ha evidenziato che il 78% appartiene alla fascia alta di merito –tra 90% e 100%-, il 17% ha un punteggio compreso tra il 60% e l’89% e il restante 5% ha un punteggio inferiore al 60% o non è valutabile a causa di assenze a vario titolo; l’1,5% delle schede è stata contestata e nell’1,1% dei casi tale contestazione è riferita ad un punteggio inferiore al 90% del punteggio massimo teorico.

Per quanto riguarda la dirigenza, sono state presentate 432 schede di valutazione individuale. L’83% ha raggiunto un punteggio appartenente alla fascia alta ovvero tra il 90% e il 100%, il 15% presenta un punteggio compreso tra il 60% e l’89% ed il restante 2% non è stato

valutato per assenze a vario titolo; solo in 4 casi è stata contestata la valutazione ricevuta per punteggi inferiori al 90%.

La capacità di differenziare le valutazioni dei propri collaboratori da parte dei valutatori di prima istanza in alcuni casi è stata variabile, minima in alcuni casi, ampia in altri.

Per ciò che concerne i Responsabili di Struttura Complessa, la valutazione è legata alla performance organizzativa della Struttura stessa.

I risultati ottenuti mostrano una performance organizzativa con risultati variabili tra il 60% e il 100%, con un risultato inferiore al 90% per quattordici delle 43 strutture complesse valutate.

Il processo di redazione della Relazione sulla performance

La presente Relazione costituisce il documento conclusivo del ciclo di gestione della performance che, per l'Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro, relativamente all'anno 2014, è stato segnato dalle fasi di seguito descritte.

- Redazione del Piano della Performance 2014-2016
- Implementazione del processo di budget con assegnazione degli obiettivi alle Strutture complesse dell'Azienda
- Modifica del Sistema di misurazione e valutazione della performance
- Valutazione delle performances organizzative ed individuali

Tali fasi sono state seguite dalle competenti strutture dell'Azienda quali la Struttura Tecnica Permanente, gli Uffici di Staff della Direzione Generale, la Direzione Sanitaria, l'Ufficio Controllo di Gestione, il Centro Elaborazione Dati. Nonostante l'Azienda sia vincolata nello svolgimento di alcune delle azioni precedentemente indicate dai tempi dettati dalla negoziazione di obiettivi e risorse regionali (gli obiettivi 2014-2015 sono stati assegnati alle Aziende Sanitarie a fine luglio 2014) il processo di valutazione si è comunque concluso nei tempi previsti con la presente Relazione così come indicato nell'apposita Sezione del piano della Performance che contiene il cronoprogramma delle attività da svolgere per il compimento del ciclo di gestione della performance.